

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 228

De l'INCISION
ILIAQUE BASSE TRANSVERSALE
dans la technique de
L'APPENDICECTOMIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 24 Mars 1925

PAR

Lioubomir SPASSITCH

né à PROKOUPLIÉ (Serbie) le 31 Mars 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

**DE L'INCISION ILIAQUE BASSE TRANSVERSALE
DANS LA TECHNIQUE DE L'APPENDICECTOMIE**

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 228

De l'INCISION
ILIAQUE BASSE TRANSVERSALE
dans la technique de
L'APPENDICECTOMIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 24 Mars 1925

PAR



Lioubomir SPASSITCH

né à PROKOUPLIE (Serbie) le 31 Mars 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD. ROQUE. TIXIER. BERARD. COMMANDEUR. ROLLET. NICOLAS. LEPINE (J.). X...
Cliniques chirurgicales	VILLARD. LANNOIS. ROCHET. NOVE-JOSSERAND. CLUZET. MOREL. HUGOUNENQ. BRETIN. GUIART. LATARJET. POLICARD. DOYON. COLLET. MOURQUAND. PAVIOT. ARLOING (F.). Etienne MARTIN. COURMONT (P.). PIC. X.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	
Clinique neurologique et psychiatrique.....	
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique des maladies des femmes.....	
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	
Clinique des maladies des voies urinaires.....	
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	
Chimie biologique et médicale.....	
Chimie organique et Toxicologie.....	
Matière médicale et Botanique.....	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	
Anatomie	
Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	
Anatomie pathologique	
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	
Pharmacologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	- CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TIXIER, président ; COTTE, assesseur :

BONNET et SANTY, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA PIEUSE MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE
A MON FRÈRE VLASTA

Je dédie ce travail comme un faible
témoignage respectueux pour sa pro-
fonde affection et son dévouement
illimité.

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

Un souvenir fraternel.

A MES BELLES-SŒURS ET MES NEVEUX

A MON ONCLE PIERRE BANDJITCH

Avocat et ancien Préfet

ET

A MA TANTE STÉFANIA

En faible témoignage de ma profonde
affection et de mon inaltérable recon-
naissance.

A MONSIEUR SVETOZAR DJORDJEVITCH

Député

Hommage respectueux de ma profonde reconnaissance.

A TOUTE MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Université de Lyon

Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BONNET

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

Chevalier de la Légion d'honneur

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

ET DES HOPITAUX DE LYON

AVANT - PROPOS

Avant de quitter ce beau pays de France, berceau éternel de la civilisation et des sciences, vers lequel se dirigeaient les vœux de notre première jeunesse, capté par son histoire glorieuse et par son destin providentiel de répandre dans le monde des idées de Liberté et de Justice, nous considérons comme notre premier devoir de présenter notre gratitude, notre reconnaissance et nos hommages les plus respectueux à tous nos maîtres de la Faculté de Médecine de Lyon, auxquels nous sommes redevables de notre instruction professionnelle.

Nous tenons essentiellement à exprimer ici tous nos sentiments de reconnaissance à la noble et généreuse nation française, qui a bien voulu nous accueillir dans son foyer, pour parfaire notre éducation scientifique.

Plus particulièrement à M. le Professeur Tixier, professeur de clinique chirurgicale, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, nous tenons à lui en exprimer notre grande reconnaissance.

L'idée de cette thèse nous fut inspirée par M. le

Professeur agrégé P. Bonnet, et notre Maître voudra bien accepter l'assurance de nos remerciements très sincères et de notre profonde gratitude. C'est non seulement parce qu'il nous a inspiré le sujet de notre thèse, mais aussi pour les nombreux instants qu'il a bien voulu nous consacrer, soit pour achever notre éducation clinique, soit pour aider notre inexpérience dans la mise au point de ce travail.

Nous n'oublierons jamais l'aimable accueil qu'il nous a fait, ainsi que les précieux conseils qu'il nous a donnés.

Nous remercions également tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Lyon, qui ont su, par leurs leçons scientifiquement attrayantes, nous faire aimer la médecine française, à laquelle nous nous sommes complètement attaché.

DE L'INCISION ILIAQUE BASSE TRANSVERSALE DANS LA TECHNIQUE DE L'APPENDICECTOMIE

Nous apportons ici une contribution à l'étude d'une incision de la paroi abdominale, qui n'est qu'une variante des procédés classiques utilisés dans l'appendicectomie.

Mise en pratique dans la Clinique du Professeur Tixier, par le Professeur Tixier et le Professeur agrégé P. Bonnet, elle paraît avoir, sur le procédé de Mac Burney-Gosset, dont elle dérive, des avantages réels dans les circonstances spéciales où nous en conseillons l'emploi.

Ce sont ces avantages que nous désirons mettre en évidence, apportant à l'étude de cette incision la contribution des recherches anatomiques que nous avons entreprises d'une description méthodique de la technique opératoire, avec quelques observations des cas dans lesquels cette technique a été utilisée.

Il n'est pas question d'entreprendre ici une étude sur les avantages respectifs des incisions classiques, généralement assez bien connus des chirurgiens.

Le choix de l'incision abdominale doit être déterminé par les considérations suivantes, dont il n'est pas toujours, en pratique, tenu suffisamment compte :

1° Nécessité absolue, et qui doit primer toute autre considération, d'avoir sur la région cœcale un jour suffisant ;

2° Nécessité d'obtenir, dans la cure de l'appendicite à froid, une paroi parfaitement reconstituée, à l'abri des risques ultérieurs d'éventration, conservant au muscle grand droit l'intégrité de son innervation ;

3° Accessoirement, on est autorisé à rechercher l'esthétique de la cicatrice, à la condition de ne rien sacrifier, pour l'obtenir, aux conditions de facile accès sur l'appendice.

L'incision de Mac-Burney-Gosset réalise, *a priori*, ces conditions d'une appendicectomie correcte.

Mais elle suppose un diagnostic formellement posé d'appendicite, la situation de l'appendice en position dite normale, la certitude de rencontrer un appendice libre d'adhérences, conditions que l'examen clinique du malade ne suffit pas toujours à affirmer qu'elles sont réalisées.

Aussi, toutes les fois qu'il y a doute sur la situation de l'appendice et sur des adhérences possibles, toutes les fois que le diagnostic clinique n'a pas permis d'assurer que l'appendice est seul en cause dans les troubles observés, préfère-t-on avoir recours aux incisions verticales sur le bord du droit, dont l'incision de Jalaguier est le type, susceptibles d'être agrandies en haut vers l'hypochondre, en bas vers le pelvis, si l'exploration de la vésicule ou des organes pelviens s'impose au cours de l'intervention.

L'incision de Jalaguier, par le jour qu'elle donne, convient, en outre, à tous les cas, et ils sont nombreux, où l'appendice occupe une situation anormale que l'examen clinique n'a pas permis d'apprécier.

Elle permet aussi de reconstituer une paroi excellente, dans les cas où l'appendice se trouvant en situation normale, on a pu respecter l'innervation du droit.

Chez la femme, la nécessité d'explorer l'utérus ou les annexes, dans les cas où le diagnostic reste douteux, conduit, dans un grand nombre de cas, à utiliser l'incision de Pfannenstiel, excellente, elle aussi, au point de vue de la reconstitution de la paroi.

Il reste bien entendu que nous ne perdons pas de vue ces considérations essentielles dans le traitement de l'appendicite, et la technique dont nous apportons l'étude ne peut être de mise que dans les conditions où l'incision de Mac Burney-Gosset est elle-même indiquée.

C'est donc avec cette dernière seule qu'elle peut être comparée, et c'est sur cette incision qu'elle présente les avantages d'un jour plus parfait, d'une exploration possible des annexes, que nous exposons.

D'ailleurs, cette technique n'est pas absolument originale :

Elle dérive essentiellement du principe de l'incision de Mac Burney-Gosset, qui est la dissociation des muscles parallèlement à leurs fibres, et l'on peut dire qu'elle n'est autre que cette incision reportée plus bas.

Elle se rapproche de l'*appendicectomie par dissociation*, décrite par Gosset (1), dont elle diffère par la dissociation plus bas située des muscles petit oblique et transverse.

(1) A. Gosset. — Appendicectomie et cure radicale de la hernie inguinale droite. *Journal de Chirurgie*, 1910, t. V, pp. 1 à 40.

Elle est surtout très voisine de l'incision de Chaput (2), qui apprécie ainsi les avantages de l'incision transversale :

« le procédé de Mac Burney, excellent en principe, comporte plusieurs petits inconvénients ; d'abord, il donne peu de jour, à cause des directions différentes des muscles à traverser ; à l'inverse du procédé de Jalaguier, il permet le drainage de la fosse iliaque, mais il ne favorise pas le drainage des régions endocœcales trop éloignées de l'incision iliaque.

« J'ai adopté le principe de Mac Burney relativement à la dissociation des fibres musculaires, mais j'emploie une incision différente, que je décris ici pour la première fois.

« Je fais une incision horizontale, en partant de l'épine iliaque antéro-supérieure. Je coupe dans le même sens l'aponévrose du grand oblique, j'arrive sur le petit oblique, dont les faisceaux, à cette hauteur, sont horizontaux ; je passe dans un espace interfasciculaire et j'arrive enfin sur le transverse, dont les fibres sont aussi horizontales.

« Chez les hommes, le muscle droit est peu éloigné de l'épine iliaque ; j'incise alors horizontalement la partie externe de ce muscle, sur une longueur de 1 à 2 centimètres environ. Cette incision horizontale donne un jour très grand, à l'inverse de celle de Mac Burney. Elle permet aussi de bien placer le tube à drainage, quelle que soit la région à drainer : fosse iliaque, région cœcale, bassin. »

(1) M. Chaput. — Quelques points de la technique de l'appendicectomie, *Presse Médicale*, 3 Juin 1905, p. 347.

L'incision que nous proposons diffère pourtant de celle de Chaput :

Par le siège un peu plus bas en dedans et la direction légèrement curviligne de l'incision cutanée ;

Par la dissociation du grand oblique préférée à la section transversale que préconise Chaput ;

Par la réclinaison du grand droit opposée à la section.

L'incision iliaque basse transversale que nous décrivons n'est donc qu'une variante, voisine d'autres incisions qui poursuivent le même but. Nous savons même qu'elle a été utilisée par d'autres chirurgiens (le Docteur Molin, chirurgien des hôpitaux, qui l'a employée souvent, nous a assuré de son excellence). D'autres peut-être reconnaîtront dans notre description une incision qu'ils utilisent de façon courante.

Nous ne prétendons donc pas proposer une incision originale. Du moins, apportons-nous une description anatomique basée sur un certain nombre de dissections effectuées et figurées chaque fois, dans leur détail, par le Professeur Agrégé P. Bonnet ; une technique réglée ; et quelques observations où le choix de cette incision a été fait de propos délibéré et discuté en cours d'intervention.

Notions anatomiques

La région de la fosse iliaque où doit porter l'incision appartient déjà à la région inguino-abdominale.

a) *Les plans superficiels.*

On voit courir dans la région sus-pubienne, où se fait ordinairement l'incision de Pfannenstiel, un ou plusieurs plis cutanés, le supérieur plus marqué, dessinant une courbe élégante en berceau, orienté d'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre, et s'arrêtant à quelque distance de l'épine iliaque. C'est ce pli qui sera choisi pour l'incision.

Le tissu cellulaire à ce niveau est déjà moins épais, moins dense, que dans la région ilio-ombilicale ; il est aussi moins lobulé, plus lamelleux, double avantage au point de vue de la profondeur de la plaie et des sécrétions particulières à la section des lobules graisseux.

Les vaisseaux sous-cutanés abdominaux rampent à fleur de peau, croisant le pli cutané à mi-chemin environ de la ligne ilio-pubienne.

b) *La paroi musculo-aponévrotique.*

Le *muscle grand oblique* est surtout représenté par son plan aponévrotique. Les fibres musculaires restent voisins de l'épine iliaque anté-supérieure.

Les fibres aponévrotiques sont ici très obliques, inclinées sur l'horizontale de 45°.

Quelques fibres arciformes croisent la direction générale de l'aponévrose d'insertion, au voisinage de l'orifice externe du trajet inguinal.

Les fibres, une fois dissociées, parallèlement à leur direction, se laissent écarter et séparer du plan musculaire sous-jacent, très loin en dehors, en dedans, de façon variable, en général au delà du bord externe du muscle grand droit sur une étendue de un à deux centimètres.

Le plan musculaire profond comprend le *petit oblique* et le *transverse*.

Le petit oblique, mis à jour par l'écartement de l'aponévrose du grand oblique, apparaît formé de fibres musculaires, dont la direction est dans l'ensemble transversale. Les fibres musculaires se continuent avec l'aponévrose d'insertion, formant, au niveau du lieu de passage, une ligne verticale, assez irrégulière, de sorte qu'il existe, entre le bord externe du droit qui transparait sous une aponévrose épaisse et le bord interne des fibres musculaires du petit oblique, une lame aponévrotique épaisse, formée de la fusion des aponévroses du petit oblique et du transverse, épaisse et plus complexe en bas où elle prend le nom de tendon conjoint.

Les fibres musculaires ne sont cependant pas absolument transversales. Elles sont le plus souvent irrégulièrement disposées de sorte que l'aponévrosẽ d'insertion présente elle-même, en dehors, des limites très irrégulières.

On peut voir sur la figure 2, un des aspects particuliers de ce plan musculaire : à la partie supérieure de la région des fibres horizontales ou même légèrement ascendantes, convergent vers une portion tendineuse, incurvée en arc vers le bas, rappelant la direction du tendon conjoint. Au-dessous et à distance des fibres musculaires groupées en un faisceau distinct, s'insèrent à une portion tendineuse qui leur est propre et qui se poursuit en bas dans le tendon conjoint. Ce faisceau inférieur des fibres du petit oblique dessine avec le bord inférieur des fibres sus-jacentes un espace ouvert en boutonnière, occupé par une lame mince de tissu adipeux, enlevée par dissection pour permettre d'apercevoir les fibres plus profondes du transverse.

On voit le plus souvent et nettement, se détacher du bord inférieur du petit oblique, le faisceau externe du crémaster, formant avec les fibres sus-jacentes du petit oblique un arceau au-dessous duquel viennent apparaître les éléments du cordon.

Il ne faut donc pas s'attendre à trouver un plan musculaire toujours régulier, et il convient d'utiliser pour la dissociation les espaces cellulux qui séparent parfois de façon très nette les fibres musculaires.

A la surface du plan musculaire du petit oblique chemine le nerf grand abdomino-génital, le petit ab-

domino-génital restant le plus souvent masqué sous la lèvre externe de l'aponévrose du grand oblique.

Le grand abdomino-génital est plaqué contre le plan musculaire, souvent accompagné d'un petit vaisseau qui lui est immédiatement sous-jacent. Parfois, il court parallèlement à des fibres aponévrotiques longues et régulières qui interrompent ou sous-tendent un plan musculaire et il se confond avec les fibres nacrées. D'autres fois, au contraire, il croise obliquement les fibres musculaires et s'en distingue très nettement

Sa terminaison est variable. Tandis qu'un rameau accompagne les éléments du cordon, d'autres s'engagent en anse sous le tendon conjoint, d'autres se poursuivent en dedans jusque dans le sinus de décollement de l'aponévrose du grand oblique qu'elles traversent.

Il est le plus souvent facile de recliner en dehors, ou de laisser sous-jacent à la dissociation des fibres musculaires le nerf abdomino-génital.

Le plan *musculaire du transverse* est dans la région inguino-abdominale, mal distinct du petit oblique. En dedans, leur aponévrose d'insertion est commune, épaisse, feutrée; elle porte le nom de tendon conjoint. En dehors, les plans musculaires du petit oblique et du transverse sont mieux séparés, pourtant accolés et parfois, là encore, enchevêtrés.

Lorsqu'on poursuit en dehors la dissociation des fibres musculaires, on rencontre habituellement, courant entre les plans du petit oblique et du transverse,

une petite branche ascendante et assez importante de l'artère circonflexe iliaque, assez importante pour nécessiter une ligature.

c) *Plan pariétal profond.*

Une fois dissocié le plan musculaire du petit oblique et du transverse, on se trouve en présence du plan profond de la paroi.

C'est le plan d'abord du péritoine, le plus important à bien connaître (fig. 3).

En dedans, se trouve le grand droit. Ses fibres musculaires sont à nu, très régulières, dirigées obliquement en bas et en dedans. Fait capital, le grand oblique se laisse, à ce niveau, très facilement récliner en dedans, car l'écart aponévrotique obtenu est très large et le muscle n'est plus bridé dans sa gaine dont n'existe plus que la paroi antérieure, la paroi postérieure n'étant plus au-dessous de l'arcade de Douglas constituée que par le *fascia transversalis*.

Sur son bord externe, on voit courir, émergeant d'une couche de tissu graisseux, de fins rameaux vasculaires émanés des vaisseaux épigastriques. Ils se perdent dans le muscle grand droit et à la face profonde de l'aponévrose d'insertion des muscles obliques.

A cette hauteur, le muscle n'est plus abordé par aucun filet nerveux :

Le dernier nerf intercostal aboutit en effet à trois ou quatre centimètres plus haut, sa direction générale étant marquée par une ligne qui va de l'extrémité

antérieure de la douzième côte à l'épine du pubis du côté opposé.

Immédiatement en dehors du grand droit, le plan profond est occupé par une nappe de tissu cellulaire jaunâtre, aplatie, frangée et le plus souvent assez régulière, d'où l'on voit émerger des ramuscules vasculaires. C'est une lame cellulaire cache-vaisseaux, gaine cellulo-graisseuse des vaisseaux épigastriques. Le plus souvent le paquet vasculaire est complètement masqué par la graisse et ne traduit sa présence que par les fines collatérales qui en émergent pour se porter en avant dans la paroi, et, dans ce cas, il faut dissocier ou récliner les franges graisseuses pour apercevoir les vaisseaux épigastriques, l'artère, flanquée de deux veines, orientée de bas en haut et de dehors en dedans, pour aborder le muscle à 5 ou 7 centimètres au-dessus du pubis.

Ces vaisseaux occupent le voisinage du bord externe de cette lame celluleuse triangulaire. Ils émettent à mi-chemin dans leur trajet ascendant vers le muscle une branche, à émergence perpendiculaire au tronc de l'artère, branche longue, qui file droit au muscle, occupant l'aire du petit triangle délimité par le trajet des vaisseaux, le bord externe du muscle et la tranche de section du tendon conjoint récliné. Cette nappe celluleuse marque la zone vasculaire, zone dangereuse de la région, qu'il ne faut pas effondrer, mais où on peut délibérément, le cas échéant, rechercher et lier les vaisseaux épigastriques. Sur d'autres sujets, les vaisseaux épigastriques ne sont pas masqués par la graisse.

Nous avons observé, dans un cas, une disposition très particulière des fibres aponévrotiques de cette région. Un faisceau de fines fibres émanées du ligament de Hesselbach, se portait en dehors et en haut pour constituer, à la partie moyenne du trajet découvert de l'épigastrique une sangle aponévrotique, sorte de poulie de glissement. Quelques fibres se poursuivaient jusqu'au *fascia transversalis*, formant un ligament tenseur du péritoine.

Tout à fait en dehors enfin apparaît le plan transparent et saillant à l'extérieur, formé par le *fascia transversalis* et le péritoine. En ce point, le péritoine bombe à l'extérieur, comme bridé en dedans par les vaisseaux épigastriques, libre au contraire en dehors où il est essentiellement clivable de la fosse iliaque. C'est là qu'il faut inciser pour rencontrer le cæcum, le plus souvent, d'après nos recherches, couché dans le tissu de l'angle de réflexion du péritoine pariétal. C'est lui qui soulève le péritoine hors de la bride des vaisseaux épigastriques qui marque sur le péritoine son empreinte.

La zone abordable du péritoine ouvre la voie sur la région la plus externe de la fosse iliaque, de sorte que l'intervention se fait dans une région aussi éloignée que possible de la grande séreuse occupée par les anses grêles et éminemment favorable au drainage.

Technique opératoire

L'opération comprend essentiellement les temps suivants :

1° *Incision des téguments*, suivant le pli cutané concave en haut, dont les extrémités se dirigent vers les épines iliaques antéro-supérieures.

L'incision commence à 2 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure pour s'arrêter à quelque distance de la ligne médiane (environ 1 centimètre).

Elle représente très exactement la moitié droite de l'incision de Pfannenstiel.

On rencontre, un peu en dehors du milieu de l'incision, sous les téguments, les vaisseaux sous-cutanés abdominaux que l'on peut sectionner entre 2 pinces ou lier sur la tranche de section.

Les vaisseaux qu'on peut rencontrer dans la section du tissu cellulaire cessent de donner du sang dès que l'incision a atteint le plan aponévrotique.

2° *Dissociation de la première couche musculo-aponévrotique du grand oblique.*

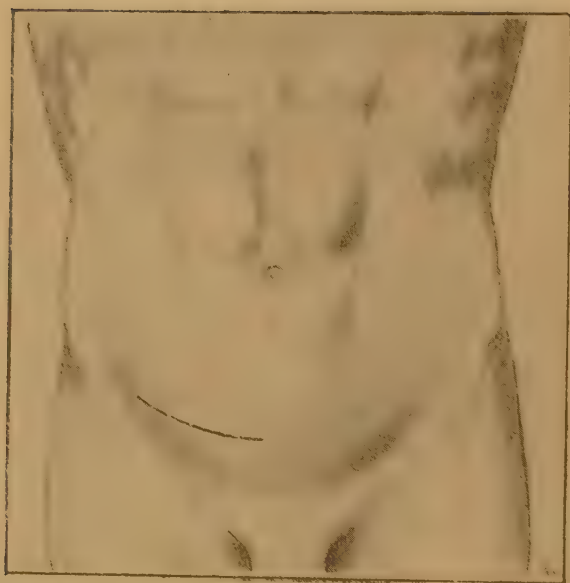


Fig. 1. — Incision iliaque basse transversale.
Tracé de l'incision

La direction très nettement apparente des fibres aponévrotiques marque la direction de l'incision. Il est bon de découvrir en bas l'orifice inguinal superficiel, auquel doit aboutir la dissociation des fibres. Celles-ci sont très obliques, de telle sorte que leur direction croise à près de 45° la direction presque horizontale de l'incision cutanée, dont il faut récliner les lèvres à l'aide de 2 écarteurs placés l'un sur la lèvre supérieure, très près de la limite externe de l'incision cutanée, l'autre sur la lèvre inférieure, très près de la limite interne de l'incision cutanée, de façon à pouvoir dissocier les fibres aponévrotiques sur une grande étendue.

Les lèvres de la brèche aponévrotique sont saisies à l'aide de pinces et éversées hors de la plaie. On met ainsi à jour le plan musculaire profond.

3. Dissociation de la seconde couche musculaire : petit oblique et transverse.

Ce plan musculaire apparaît entre les deux lèvres aponévrotiques du grand oblique récliné, avec des fibres presque exclusivement musculaires, orientées transversalement, et ordonnées de la façon irrégulière que nous avons décrite.

En dedans, le muscle grand droit transparaît à travers une aponévrose épaisse. On le reconnaît à la saillie régulière qu'il fait et à son bord régulier, orienté en bas et en dedans. Une aponévrose blanchâtre, nacrée, irrégulière, parfois très réduite, continue les fibres musculaires des muscles obliques, jusqu'au bord externe du grand droit, et constitue la ligne de Spiegel.

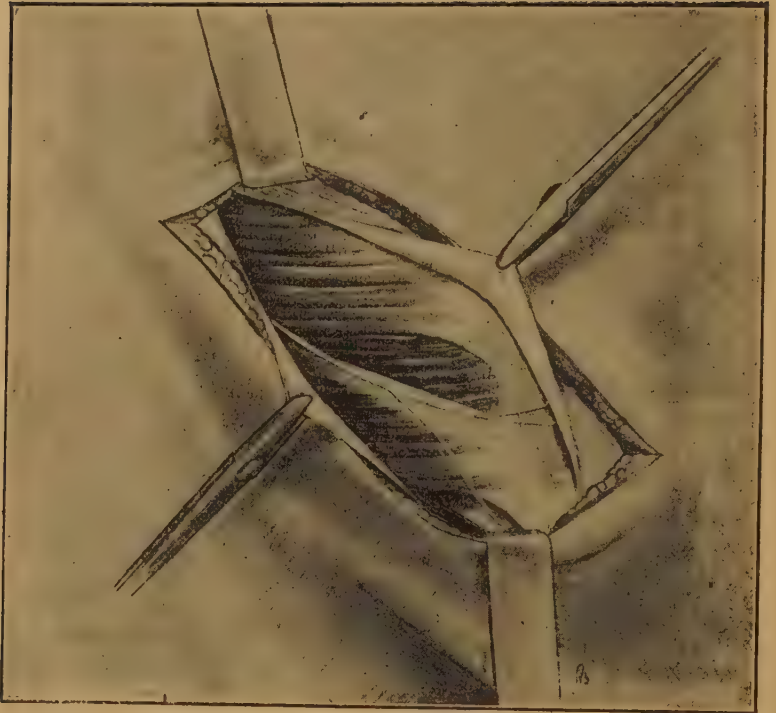


Fig. 2. — Les fibres aponévrotiques du grand oblique ont été séparées par dissociation et écartées. On aperçoit le plan musculaire profond avec, entre les fibres du petit oblique, une déhiscence à travers laquelle on voit les fibres plus profondes du transverse.

On choisit, pour la dissociation, un interstice musculaire. Le choix est facilité par la présence fréquente de boutonnières intermusculaires comblées par une mince lame celluleuse jaunâtre.

On récline, s'il y a lieu, en dehors ou en bas, le nerf abdomino-génital. A la jonction des fibres tendineuses, c'est-à-dire au niveau de la ligne de Spiegel, on saisit à l'aide de pinces de Kocher les deux lèvres de l'interstice aponévrotique et on incise entre les deux pinces qui servent à tendre tantôt les fibres musculaires pour les dissocier le plus loin possible en dehors, en s'arrêtant au rameau de la circonflexe iliaque, tantôt les fibres aponévrotiques, dont on peut poursuivre la section en avant du muscle grand droit dans l'étendue nécessitée par le jour que l'on veut avoir.

L'incision de ce plan musculaire ne doit, en aucun cas, intéresser le péritoine, contrairement à ce qu'on fait ordinairement, suivant en cela le conseil de Gosset, dans l'incision de Mac Burney.

On risquerait, le faisant en cette région, de blesser les vaisseaux épigastriques.

3° Découverte du plan péritonéal profond.

C'est en cette partie de la technique que résident les points les plus particuliers et aussi toute la difficulté.

L'opération serait difficile en effet si l'on méconnaissait les notions anatomiques essentielles à connaître que nous avons décrites. On peut commencer le temps opératoire comme si la recherche de l'appen-

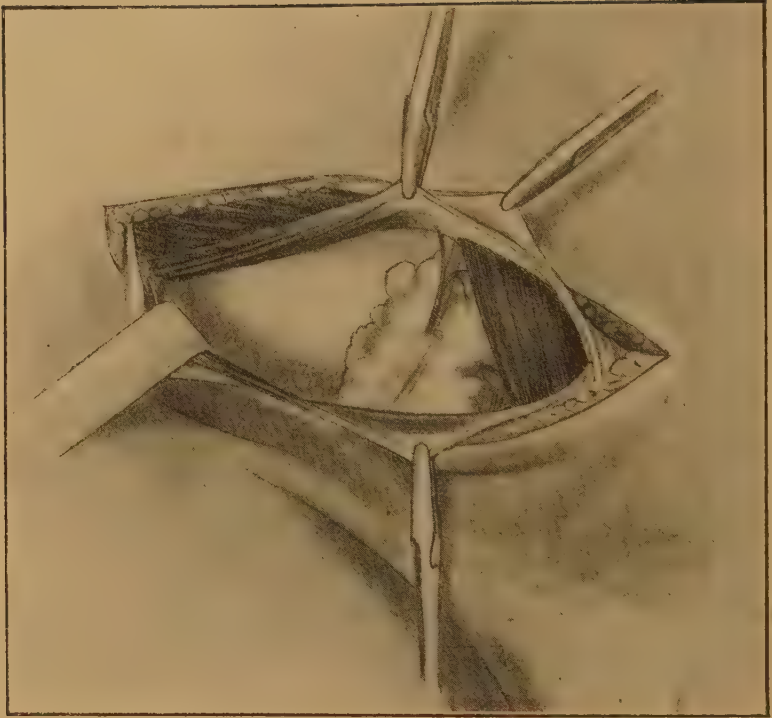


Fig. 3. — Plan profond. Les fibres dissociées et reclinées du plan musculaire profond mettent à nu le muscle grand droit reclinable ; le tissu cellulo-graisseux qui forme aux vaisseaux épigastriques une gaine celluleuse, en dehors le péritoine, doublé du fascia transversalis.

dice devait être facile et seule en cause. On le modifiera suivant les nécessités, de la façon que nous indiquerons.

a) *Incision limitée.*

Si l'appendicectomie est le seul but qu'on se propose et semble devoir être simple, on se porte délibérément vers le plan péritonéal, situé à la partie externe de la région. On laisse en dedans, sans le récliner, le muscle grand droit.

En dehors de lui, on reconnaît la nappe celluleuse jaunâtre, bien dessinée, frangée, sous laquelle on sait que montent obliquement les vaisseaux épigastriques. L'index, insinué en dehors, clive vers le bas et en dedans la couche celluleuse, entraînant avec elle le paquet vasculaire.

Un écarteur placé dans l'angle externe de la dissociation du plan musculaire profond met alors à jour le plan transparent, saillant en avant, du péritoine recouvert du fascia transversalis.

C'est là qu'il faut inciser transversalement de dedans en dehors, aussi loin qu'on veut, car rien ne sera plus facile que de fermer ensuite le péritoine, ici particulièrement clivable. Le cæcum apparaît de suite dans la plaie, dans la plupart des cas. On n'est pas gêné, pour repérer les lèvres du péritoine, par les franges épiploïques, qui viennent ici moins qu'ailleurs se présenter dans la plaie. L'appendicectomie se poursuit alors par les méthodes ordinaires.

b) *Incision élargie.*

Secondairement, lorsque la recherche de l'appendice se montre difficile, ou que son exploration n'aura pas révélé des lésions en rapport avec les signes cliniques observés ;

ou d'emblée, lorsque l'opération aura pour but l'exploration simultanée des annexes droites,

on pourra avoir recours à l'opération élargie :

Il sera possible en effet d'obtenir un jour considérable sur la fosse iliaque et la partie droite du pelvis en modifiant l'abord du plan profond de la façon suivante :

1° *Ligature des vaisseaux épigastriques.*

Il faut pour la pratique soulever de dehors en dedans la nappe celluleuse qui les masque. Les vaisseaux rampent à sa face profonde et près de son bord externe. On les voit alors par leur face profonde, marquant leur sillon sur le péritoine. L'index gauche, ou tout instrument, glissé sous eux protège le péritoine et permet de charger les vaisseaux à l'aiguille de Cooper, en deux points assez distants pour en permettre la section. La ligature doit être faite avant l'émergence de la branche importante, longue, perpendiculaire, que l'artère envoie au muscle grand droit. Les deux bouts se rétractent alors très loin en glissant dans la lâche gaine celluleuse et aucune collatérale ne peut plus être arrachée par le doigt qui explore le pelvis.

2° *Reclinaison du muscle grand droit.*

Le muscle grand droit peut être récliné facilement très loin, vers la ligne médiane, beaucoup mieux qu'on

ne peut le faire plus haut où il est plus large, plus rapproché des intersections musculaires et inclus dans une gaine qui l'entoure aussi bien en arrière qu'en avant.

Il n'est donc pas nécessaire de le sectionner, comme le fait Chaput.

D'autant que l'artère épigastrique une fois liée et sectionnée aucune collatérale ne risque plus d'être arrachée dans la réclinaison du muscle.

Ces deux manœuvres opératoires: ligature et section des vaisseaux épigastriques; réclinaison du muscle droit, mettent en présence d'un plan péritonéal très étendu, qu'on peut inciser de la ligne médiane à la partie externe de la fosse iliaque, donnant un accès suffisant sur le petit bassin et assez large sur la fosse iliaque pour permettre la recherche d'un appendice adhérent ou anormalement situé.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'utiliser cette incision dans les cas d'appendicite aiguë avec abcès. Mais nous pensons qu'elle trouverait son indication dans les cas d'appendicite pelvienne où la libération de l'appendice, au contact des vaisseaux iliaques, ou plongeant dans le pelvis semble, à priori, devoir être facilitée et dont le drainage serait réalisé dans des conditions qui paraissent idéales.

L'opération aurait en outre l'avantage d'être faite dans un champ opératoire aussi éloigné que possible du grand péritoine loin des anses grêles qui constituent le facteur le plus important dans la diffusion de l'infection.

Avantages réalisés par cette incision

Les avantages de l'incision iliaque basse transversale doivent être envisagés au double point de vue :

- a) de la facilité qu'elle donne dans la recherche de l'appendice ;
- b) des possibilités d'exploration des organes autres que l'appendice, susceptibles d'être en cause ;
- c) de la reconstitution de la paroi.

Nous pourrions ajouter de l'esthétique de la cicatrice, mais c'est là, à notre avis, un point trop secondaire pour être mis dans la balance des indications.

a) *Au point de vue de la facilité qu'elle donne dans la recherche de l'appendice.*

Cette incision ne saurait être mise en parallèle avec l'incision de Jalaguier (ou ses dérivés, tels que l'incision de Max Schuller), seule valable dans la plupart des cas difficiles où l'on est conduit à la recherche d'un appendice rétro-cæcal ascendant, d'un appendice situé sous le foie ou noyé parmi les anses grêles dans la région méso-cœliaque.

Elle ne peut être comparée qu'à l'incision de Max Burney, à laquelle elle nous paraît devoir être préférée souvent pour les raisons suivantes :

Elle donne un jour beaucoup plus large sur la fosse iliaque, même si l'on n'a pas recours aux temps complémentaires tels que la ligature de l'épigastrique, parce qu'elle agit dans une région où les fibres musculaires des muscles obliques, ici plus longues, peuvent être dissociées dans une plus grande étendue ; parce que le muscle grand droit est ici moins large et se récline de lui-même dans sa gaine ; parce qu'elle conduit plus directement sur le cæcum, qu'on attire dans la plaie de haut en bas au lieu de le cueillir de bas en haut.

Si l'on ajoute que l'opération est plus éloignée du grand péritoine, que l'on est moins exposé à voir sail-
lir dans la brèche péritonéale, au lieu du cæcum, les franges épiploïques gênantes ou le côlon transverse, ce qui arrive couramment dans l'incision de Mac Burney ;

Si l'on considère que l'épaisseur plus grande du tissu cellulaire cutané, et de la couche musculaire, crée dans l'opération de Mac Burney un champ opératoire plus profond ; que les nerfs du muscle grand droit ne sont pas à l'abri de façon absolue ; que le péritoine, plus adhérent, ne se laisse pas aussi facilement cliver pour la suture ;

On peut admettre que l'ensemble des avantages même répartis sur de minimes détails opératoires, mérite d'être pris en considération.

b) *Au point de vue des possibilités d'exploration des organes autres que l'appendice, susceptibles d'être*

en cause dans les manifestations cliniques, l'incision iliaque basse ne peut être comparée, ni aux incisions sur le bord du droit, qui permettent de remonter vers la vésicule, ou de descendre vers le pelvis, ni à l'incision de Pfannenstiel, qui permet l'exploration parfaite du petit bassin et d'une partie de l'abdomen.

A ce point de vue, elle n'est qu'une demi-mesure, susceptible d'être employée dans les cas où l'appendice ayant été trouvé sain, on est conduit à explorer les organes pelviens. Elle permet alors, aussi bien et mieux que les incisions sur le bord du droit l'exploration du pelvis, et l'ablation le cas échéant d'une annexe droite malade.

Elle permet surtout de transformer l'opération, sans que l'on soit obligé d'avoir recours à une autre incision des téguments, en une laparotomie. Il suffit pour cela de refermer la brèche péritonéale latérale, de prolonger l'incision des téguments en une incision de Pfannenstiel, et d'ouvrir le péritoine sur la ligne médiane.

c) *Au point de vue de la reconstitution de la paroi*, l'incision iliaque basse transversale a la valeur de l'incision de Mac Burney ou de Pfannenstiel.

Elle est supérieure à l'incision Jalaguier, qui fait courir le risque d'une énervation partielle du grand droit.

Les avantages réels de l'incision que nous décrivons sont :

- 1° l'absence absolue des risques d'énervation ;
- 2° la facilité remarquable qu'elle donne dans la suture du péritoine, particulièrement clivable dans cette région de la fosse iliaque.

Indications de l'incision iliaque basse transversale

1° Dans l'appendicectomie à froid.

Les indications sont celles de l'incision de Mac Burney-Gosset.

Elles supposent :

- a) un diagnostic formellement posé d'appendicite ;
- b) l'absence vérifiée avec soin de signes cliniques laissant supposer que l'appendice présente une situation anormale, rétro-cæcale ascendante, sous-hépatique, méso-cæliaque.

Par contre, les probabilités de situation pelvienne de l'appendice seraient, chez l'homme du moins, une indication particulière de cette incision.

- c) la certitude de trouver un appendice libre d'adhérences.

Cependant, si l'appendice est bas situé ou pelvien, l'incision élargie semble, *a priori*, devoir offrir des conditions favorables à la libération de l'appendice.

2° *Dans l'appendicite à chaud.*

a) *Dans les quarante-huit premières heures* où l'appendice a de grandes chances d'être libre d'adhérences, cette incision présente les mêmes indications que l'opération de Mac Burney-Gosset. Elle a sur elle l'avantage d'agir loin du grand péritoine, dans la partie la plus externe, et comme diverticulaire, de la fosse iliaque.

Elle permet en outre un drainage éminemment favorable de la fosse iliaque au point déclive et du pelvis.

b) *Dans l'appendicite avec abcès iliaque ou pelvien.*

N'apportant pas d'observation susceptible d'éclairer notre opinion, nous ne pouvons, qu'*a priori*, reconnaître à cette incision une valeur de drainage incontestable.

Peut-être l'opération élargie par ligature des vaisseaux épigastriques, serait-elle susceptible de donner, dans certains cas, des facilités spéciales pour la libération d'un appendice en situation pelvienne ou adhérent aux vaisseaux iliaques.

3° *Dans l'appendicite associée à la hernie inguinale ou crurale.*

a) *Hernie inguinale droite.*

L'incision basse transversale que nous proposons ne paraît pas particulièrement indiquée. On doit lui préférer l'incision oblique proposée par Gosset. En effet, ou bien le cæcum est bas situé et alors il peut être attiré à travers le sac herniaire, ou bien le

cæcum n'est pas attirable par le sac et alors l'appendicectomie par dissociation des muscles petit oblique et transverse, reportée plus haut, est préférable à la dissociation basse. Peut-être cependant serait-il possible de fermer par voie intra-péritonéale, chez la femme, un orifice de hernie inguinale ?

b) *Hernie crurale droite.*

L'incision que nous proposons a été utilisée par le Professeur Tixier dans un cas où existait une hernie crurale droite chez une jeune femme.

Il ne fut pas possible, par une exploration très rapidement faite, de traiter la hernie crurale par voie intra-péritonéale, mais le décollement des plaies sous-cutanées conduisit sans difficulté sur le sac herniaire qui put être réséqué, avec un résultat immédiat parfait.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(*Clinique du Professeur TIXIER, rég. Ste-Anne, t. I, p. 296*)

D... Adèle, 29 ans.

La malade est adressée au Professeur Tixier, par le Docteur Cade, avec le diagnostic d'appendicite.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Père mort d'une affection indéterminée. Mère bien portante. Un frère en bonne santé.

La malade s'est toujours bien portée. Pas de maladie dans l'enfance. Parfois quelques petits rhumes de courte durée.

Pas de troubles gastriques. Rien du côté génital. Les règles ont apparu à l'âge de 12 ans. Elles sont régulières mais assez abondantes. Pas d'enfant, ni de fausse-couche.

Le 12 juillet, à son réveil, la malade ressentit une violente douleur dans la région lombaire accompagnée de vomissements. Depuis, la malade a souffert presque tout le temps et jusqu'à ce matin (24 juillet). La malade va régulièrement à la selle. La température, prise à plusieurs reprises, n'a jamais dépassé 37°8.

Bon état général. Vergetures à la racine de la cuisse, traces d'un amaigrissement important. La malade est pourtant assez grosse et prétend qu'elle n'a pas maigri.

Douleur au point de Mac-Burney.

Langue humide et normale. Abdomen souple. Le toucher rectal est négatif. Rien aux autres appareils. Cœur et poumon normaux.

Le Professeur Tixier insiste a plusieurs reprises sur l'amaigrissement que traduisent les vergetures, sans que la malade veuille convenir qu'elle a maigri. Elle est aussi un peu pâle, mais elle prétend que c'est son teint habituel.

A l'examen, au moment de l'opération, on trouve du gargouillement cæcal assez bas, de sorte qu'avec l'arrière-pensée de vérifier les annexes, on décide de faire une incision basse, d'autant plus volontiers que la malade est encore très grasse.

On veut essayer une incision transversale basse, semblable à une hémi-incision de Pfannenstiel. On choisit donc le pli sus-pubien pour y tracer une incision presque transversale des téguments.

24 juillet. — Opération : MM. Bonnet et Rochet. Ag. éther. Incision transversale dans le pli sus-pubien, s'arrêtant au voisinage de la ligne médiane. Incision des fibres aponévrotiques du grand oblique très parallèle à leur direction, donc très oblique. Deux pinces étant placées sur la partie aponévrotique du petit oblique, pour permettre de tendre les fibres musculaires, on dissocie ce muscle et le transverse entre deux chefs musculaires et l'on prolonge l'incision en dedans, sur la partie aponévrotique, mettant ainsi à découvert le muscle grand droit.

Celui-ci, à ce niveau, n'est plus engainé entre un double feuillet antérieur et postérieur, ce qui permet de le récliner en dedans à volonté.

Incision du fascia transversalis et du péritoine après refoulement en bas et en dedans de la graisse qui double le paquet des vaisseaux épigastriques.

On se trouve immédiatement en présence du cæcum, très fixé, qui ne se laisse pas attirer dans la plaie. Lorsqu'on extériorise l'extrémité de l'iléon et le fond du cæcum, on se rend compte que l'angle iléo-cæcal tient dans la profondeur. Le doigt, glissé dans le petit bassin, ramène du liquide séro-hématique et crève une petite poche de péritonite séreuse.

De suite on pense à la possibilité d'une lésion annexielle. Le doigt, plongé dans le petit bassin, perçoit, partant du cæcum, un cordon qui paraît être l'appendice et qui va rejoindre en bas les annexes droites; la trompe droite est dure, bosselée, comme s'il s'agissait d'une tuberculose annexielle.

On a immédiatement la signature de la nature tuberculeuse des lésions en ramenant le long du mésentère, pédiculées sous un mince voile d'adhérences, formés de tractus péritonéaux noirs, très vascularisés, deux tubercules du volume d'un pois et d'une noisette, que l'on isole et que l'on extrait.

On ramène alors à l'extérieur l'appendice qui adhérerait dans le pelvis, long, gros, épais, enflammé, muni d'un méso très gras, enveloppé de brides péritonéales, formant des cordages très résistants.

Après réintégration dans l'abdomen du cæcum et du grêle (méthode proposée par le Docteur Vacquié de Rosario), on pratique l'appendicectomie.

Fermeture totale du péritoine.

A la fin de l'opération, on profite de l'anesthésie pour faire, avec un doigt, le toucher vaginal. On sent l'utérus un peu immobilisé, et dans le Douglas des annexes bosselées. Il y a certainement des lésions de tuberculose annexielle.

Suites opératoires. — Après une élévation de température passagère à 39° le troisième jour, les suites se passent de façon simple.

La malade quitte le service le 13 août, avec une plaie parfaitement cicatrisée.

OBSERVATION II

(*Clinique du Professeur TIXIER, rég. Ste-Anne 1924, t. II, p. 16*)

D... Juliette, 19 ans 1/2.

La malade est adressée dans le service du Professeur Tixier, le 8 août 1924, par le Docteur P. Bonnet, avec le diagnostic d'appendicite.

Père vivant, rhumatisant. (Celui-ci fut hospitalisé, six mois plus tard, pour sacro-coxalgie avec abc.s). Mère morte à 47 ans, de grippe infectieuse. Deux frères en bonne santé.

Dans l'enfance : pleurésie à 3 ans, fluxion de poitrine à 5 ans.

Réglée à 14 ans, régulièrement. Bonne santé habituelle.

Depuis trois ou quatre mois, la malade ressent une douleur dans la fosse iliaque droite, chaque fois qu'elle fait un effort un peu violent, mais elle ne s'en inquiète pas. Cette douleur, sourde, cesse un quart d'heure ou une demi-heure après.

Il y a dix mois, la malade présenta une première crise nette d'appendicite. En rentrant de son travail, elle alla jouer au tennis. Au retour, elle ressentit une vive douleur dans la région droite de l'abdomen. Elle crut d'abord à une de ces douleurs passagères, auxquelles elle était accoutumée. Mais, pendant la nuit, la douleur augmenta d'intensité et persista jusqu'au jour.

Le lendemain, à midi, elle se leva ; la douleur étant devenue plus sourde, et alla consulter son médecin. Celui-ci prit la température, constata 39°4 et renvoya la malade chez elle, où elle fut soumise au repos au lit et à la diète, jusqu'à ce que la température fut redevenue normale. La malade garda donc le lit six jours. La douleur disparut. Au dixième jour, le médecin conseilla un séjour à la campagne.

Quelques semaines plus tard, le 28 juillet, à 4 h., la malade présenta une nouvelle crise, avec élévation de température à 39°4. La malade se met au lit, avec des applications de glace sur l'abdomen. La douleur cessa au bout de deux heures. Le lendemain matin, température normale.

Le 31 juillet, la malade revoit son médecin, qui lui conseille une opération. Le 6 août, elle voit le docteur Bonnet qui la fait entrer dans le service du Professeur Tixier.

A l'entrée : Bon état général ; température 37°.

A l'examen : Abdomen souple, non douloureux, et cependant le point de Mac Burney est sensible.

Rien à signaler aux autres appareils.

Intervention le 10 août (Docteur Bonnet). La malade est vierge. S'il y a des lésions annexielles que l'on soupçonne, celles-ci ne peuvent être que de nature tuberculeuse. On décide de pratiquer une incision basse, dans le but de permettre l'exploration au doigt des annexes droites.

On pratique, dans la fosse iliaque droite, très bas, une incision qui utilise un pli cutané et représente très exacte-

ment la moitié droite d'une incision de Pfannenstiel. On incise alors les fibres du grand oblique, parallèlement à leur direction. On choisit, vers la partie moyenne de l'incision, un espace intermusculaire du petit oblique, à travers lequel on passe en dissociant les fibres musculaires du petit oblique et du transverse. On ouvre ainsi largement la gaine du grand droit, qui se laisse facilement récliner. Le doigt refoule en dedans la graisse sous-péritonéale, qui marque la zone dangereuse des vaisseaux épigastriques. En dehors d'elle, on ouvre le péritoine. Le grand épiploon se présente le premier, avant le côlon transverse. Le cæcum est fixé dans la fosse iliaque droite, difficilement extériorisable. Appendicé rétrocæcal long, apparemment peu malade.

Les annexes droites, explorées facilement au doigt, semblent saines. Du reste, le toucher rectal, avant l'opération, avait été négatif. Appendicectomie. Fermeture totale de tous les plans de la paroi, sans drainage.

Suites opératoires très simples. La malade quitte le service le 24 août.

Elle est revue le 15 février 1925, par le Docteur Bonnet, dans un état de santé parfaite. La cicatrice est à peine visible.

OBSERVATION III

(*Clinique du Professeur TIXIER, rég. 1924, t. I, p. 231*)

D... Benoît, 27 ans.

Entre le 7 août 1924, pour des douleurs abdominales droites.

L'affection aurait débuté, il y a une dizaine de jours, par une douleur abdominale à droite, survenue subitement pendant le travail. La sensation douloureuse ressentie par le malade ressemblait plutôt à des coliques qu'à un point de côté. Il n'y eut, à ce moment, ni frisson, ni nausée. Le malade se coucha et s'endormit. Il n'eut pas de vomissement et ne fut pas constipé. Un médecin, consulté le lendemain de la crise douloureuse, constata l'existence d'une douleur bien localisée à la fosse iliaque droite.

Actuellement, malade au faciès coloré. Bon état général. Pas de fièvre.

La palpation de la fosse iliaque droite n'est pas douloureuse. Le ventre est souple. Les digestions sont normales. Poux : respiration normale. Rien au cœur. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Le malade appartient à une famille de sept enfants bien portants. Lui-même est marié, père d'un enfant.

Il est difficile de préciser, à l'interrogatoire, la nature de quelques malaises accusés par le malade depuis plusieurs années. Le malade eut, en effet, d'autres douleurs, mais qui étaient à siège épigastrique et à horaire variable.

Le 12 août : intervention (MM. Bonnet, Josserand, Armoor). Anesthésie générale à l'éther.

Incision iliaque très basse et très externe, à peu près transversale. Dissociation des fibres aponévrotiques et musculaires, comme dans le procédé de Mac Burney-Gosset.

A l'ouverture du péritoine, malgré que l'incision basse ait été aussi externe que possible, on trouve des anses grêles dans la fosse iliaque. Le fond de l'appendice apparaît en érection entre les anses grêles. Le cœcum est attiré. Gros appendice rouge, tendu. Appendicectomie. Fermeture totale.

Il y a lieu d'être très satisfait de cette incision très basse et très externe, tracée sur les téguments, au lieu choisi pour le Pfannenstiel, très supérieure à l'incision de Mac Burney, par le jour qu'elle donne, et plus facile à agrandir en dedans, où l'arcade de Douglas n'existe plus.

Après des suites opératoires parfaites, le malade quitte le service le 26 août.

OBSERVATION IV

(*Clinique du Professeur TIXIER, reg. Ste-Anne 1925, t. I, p. 36*)

L..., 21 ans. La malade est adressée par le Professeur Tixier, le 15 janvier 1925, pour une crise abdominale douloureuse, ayant débuté brusquement, il y a un mois environ. Elle est en outre porteur d'une hernie crurale droite.

Parents bien portants.

La malade, fille unique, a une bonne santé habituelle ; elle est un peu chétive cependant. Rougeole à 17 ans. Réglée à 15 ans, d'une façon normale. Les règles durent 5 ou 6 jours. Elles sont abondantes. Peu de pertes blanches.

Mariée il y a deux ans. Mari bien portant.

Le début de l'affection actuelle remonte à trois mois environ.

La malade était enceinte de neuf mois, lorsque, environ huit jours avant l'accouchement, elle fut prise d'une crise abdominale douloureuse à droite : douleur assez violente, bien localisée, vomissements ; pas de constipation ; anorexie. Le tout dura une journée environ et cessa. Le médecin consulté attribue les troubles au développement du fœtus. Huit jours après, l'accouchement se produit. Accouchement difficile (bassin rétréci), d'un enfant de 5 livres. Délivrance normale, suivie d'hémorragies assez abondantes. Deux mois après, les règles reviennent, pendant la lactation. Elles ne sont revenues qu'une fois, ont duré 4 jours.

En même temps qu'elles, ou quelques jours auparavant, se produit l'épisode abdominal douloureux : douleurs brusques et violentes, sous forme de coliques, dans tout le ventre, avec vomissements au bout de 3 ou 4 heures, avec constipation et anorexie. Pas de fièvre. Au bout de 8 heures, la douleur, qui était généralisée, se localise à droite.

Le médecin consulté ordonne le traitement symptomatique de la douleur : suppositoire de belladone, et fait appliquer une vessie de glace sur l'abdomen. La malade continue l'allaitement, entrecoupé de biberons.

Au bout de huit jours, la douleur s'atténue ; la malade se lève. La douleur fruste persiste à droite. Elle ne s'accompagne ni de vomissements, ni de constipation. L'appétit est très altéré.

À l'entrée, malade d'aspect assez chétif, apyrétique. La langue est fortement saburrale. Fonctions digestives normales.

L'abdomen est souple. La paroi est relâchée, ni météorisée, ni contracturée. Par la palpation profonde, on précise un point douloureux de Mac Burney. On ne sent pas l'appendice, ni le cæcum. Rien à signaler aux autres appareils.

Pointe de hernie crurale droite.

Au toucher, rien à signaler.

Diagnostic : Appendicite, hernie crurale (lipome pré-herniaire).

Il faut combiner une opération qui permette de voir l'appendice, les annexes, et de pratiquer la cure radicale de la hernie.

Intervention (Prof. Tixier, MM. Bonnet, Bertrand). Suivant l'indication du Docteur Bonnet, on choisit l'incision basse transversale, moitié droite de l'incision cutanée du Pfannensiel. Dissociation des fibres du grand oblique. Dissociation basse du petit oblique et du transverse, tendus à l'aide de pinces placées sur la paroi aponévrotique.

On voit admirablement dans le péritoine la partie externe de la fosse iliaque.

1° On extériorise facilement le cæcum et on aperçoit, turgescent, un hydro-appendice typique. Appendicectomie à l'ordinaire.

2° On cherche, par le ventre, l'orifice du sac crural. Le doigt, glissé le long des vaisseaux, ne sent rien. On sera obligé de passer par la région crurale. On décolle la lèvre inférieure de l'incision et on trouve, dans l'anneau crural, un gros sac de hernie crurale avec lipôme.

Cure radicale à l'ordinaire.

Suites opératoires parfaitement simples.

CONCLUSIONS

Nous apportons à l'étude d'une incision basse et transversale de la fosse iliaque droite, utilisable dans l'appendicectomie, la contribution d'observations recueillies dans la clinique du Professeur Tixier, de recherches anatomiques et d'une technique opératoire étudiée avec le Professeur Agrégé P. Bonnet.

Cette incision qui se trouve indiquée dans les mêmes conditions que l'incision de Mac Burney-Gosset, a sur elle l'avantage de donner sur la fosse iliaque une voie d'accès plus large, moins profonde, et de permettre d'agir sur l'appendice dans une région plus éloignée de la grande séreuse et des anses grêles.

Elle peut être agrandie en vue de l'exploration des annexes, le cas échéant, soit par une incision élargie dont nous décrivons la technique, qui permet d'aborder les annexes droites ; soit par une transformation en incision de Pfannenstiel, qui permet toutes manœuvres utiles sur l'utérus et les annexes.

Cette incision permet une reconstitution parfaite de la paroi et met à l'abri, de façon absolue, les nerfs destinés au muscle grand droit.

Dans l'appendicite aiguë et particulièrement dans les formes pelviennes, elle semble pouvoir être utilisée, avec l'avantage sur les autres incisions, de permettre un drainage meilleur de la fosse iliaque et du pelvis.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 3 Mars 1925

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	9
Notions anatomiques.....	16
Technique opératoire.	23
Avantages réalisés par cette incision.....	32
Indications de l'incision iliaque basse transversale.	35
Observations	38
Conclusions	46
